Année 1973 N°

88

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LARIBOISIERE - SAINT LOUIS

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Dominique CASTELAIN

NEE LE 13 MARS 1943 A AUCHY - LES - MINES (PAS-DE-CALAIS)

Presentée et soutenue publiquement le 1973

TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME PAR LA CURE DE DESINTOXICATION EN MILIEU DE MEDECINE GENERALE : ETUDE DE 193 CAS APRES 3 ANS D'EVOLUTION ET ESSAI DE CRITERES PRONOSTICS.

PRESIDENT : MONSIEUR BERNIER, PROFESSEUR.

Editions de l'A.G.E.M.P.
8, Rue Dante - PARIS Ve

Année 1973 N°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LARIBOISIERE - SAINT LOUIS

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Dominique CASTELAIN

NEE LE 13 MARS 1943 A AUCHY - LES - MINES (PAS-DE-CALAIS)

Presentée et soutenue publiquement le 1973

TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME PAR LA CURE DE DESINTOXICATION EN MILIEU DE MEDECINE GENERALE : ETUDE DE 193 CAS APRES 3 ANS D'EVOLUTION ET ESSAI DE CRITERES PRONOSTICS.

PRESIDENT : MONSIEUR BERNIER, PROFESSEUR.

Editions de l'A.G.E.M.P.
8, Rue Dante - PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS.

Je dois tout à leur amour, leur persévérance et leurs sacrifices.

Qu'ils trouvent ici l'expression de mon infinie gratitude.

A MA SOEUR.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548022_0039

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A CEUX qui m'ont apporté le soutien
de leur présence et de leur
indéfectible bienveillance.

AU PROFESSEUR BERNIER

qui m'a fait l'Honneur d'accepter la Présidence de cette thèse.
J'exprime mes remerciements.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A MES MAITRES

A tous ceux auprès desquels j'ai pu m'enrichir au cours de mes années d'études.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance pour leur enseignement.

AU DOCTEUR Bernard WOIMANT

qui m'inspira le sujet de cette thèse,
dont l'oeuvre m'a fourni le matériel d'étude
de ce travail qui fut réalisé grâce à sa
collaboration efficace.

Qu'il soit assuré de ma reconnaissance.

Au Docteur GRIMBERT

qui, au travers des soins qu'il apporta à chaque malade, m'aida à comprendre la psychiatrie.

Aux INFIRMIERES DU SERVICE

pour leur inlassable dévouement et leur aimable collaboration.

Traitement de l'alcoolisme par la cure de désintoxication en milieu de Médecine Générale.

Etude de 193 cas après 3 ans d'évolution et essai de critères pronostics.

INTRODUCTION

EXPOSE DES CONDITIONS DE TRAVAIL

I) LA CURE

- Principe et Méthode
- Conditions d'entrée des malades
- Prise en charge médicale du malade
- La cure médicamenteuse
  - . L'Apomorphine
  - . L'Espéral
- La psychothérapie
  - . Entretien avec le malade
  - . Entretien avec la famille
  - . " Lettres" remises au malade
  - . Réunions de goupe.
- Contre-indications à la cure
- la sortie
- Service de suite.

II) RESULTATS

- Conditions de recueil des résultats
- Caractéristiques du groupe étudié
  - . milieu social
  - . âge
  - . situation de famille
- Résultats obtenus
- Malades décédés
- Evolution des malades vivants

- Evolution en fonction de divers critères

  . âge
  . situation de famille
  . post-cure
  . mode d'entrée
  . nombre de rechutes.

CONCLUSION.

BIBLIOGRAPHIE.

L'alcoolisme est depuis déjà longtemps considéré comme un fléau social et déjà en 1893, paraissait aux Editions COLLINS, un volume intitulé " l'Alccolisme et ses remèdes" de Maurice VANLAER. Les premiers essais de cure de désintoxication ne furent tentés qu'en 1948. Si cette méthode de traitement a fait depuis l'objet de bien des modifications et de bien des critiques, elle n'en est pas moins, encore actuellement, un des seuls moyens de lutte, avec l'information et l'éducation sanitaire.

Ceci n'empêche pas que le problème garde toute son importance sur le plan national.

Pour 4,5 millions de Français que la vigne fait vivre, il y en a 4,5 millions qui risquent d'en souffrir directement et même d'en mourir. En effet, 1 français sur 11 peut être considéré comme buveur excessif avec une consommation de plus de 1,5 l de vin par jour.

La consommation annuelle et par personne, s'équilibre autour de 120 l de vin auxquels il faut ajouter les apéritifs, la bière, le cidre, soit 25 l d'alcool pur par personne et par an.

Ceci fait que la maladie alcoolique est la 3 ème cause de mortalité venant immédiatement derrière les maladies cardiovasculaires ; qu'elle est responsable de :

- 50 % des hospitalisations en Médecine
- 85 % des accidents graves de la route
- 40 % des accidents du travail
- 65 % des accidents répétés chez un même travailleur.

Son coût approximatif annuel à l'échelle nationale est difficile à chiffrer. Mais elle entre pour 42 % dans les dépenses de l'A.P.

Certes, de nombreux travaux ont déjà été consacrés à ce

sujet. Cependant, il nous a paru interessant d'étudier ce qui avait pu être fait, dans un Service de Médecine Générale à orientation gastro-entérologique d'un hôpital régional (2 ème catégorie, ler groupe) dont les moyens au départ étaient assez limités : service du Docteur Bernard WOIMANT, Chef de Service à temps partiel de l'Hôpital de COMPIEGNE dans l'Oise.

Ce travail a pour but de faire le bilan des 193 premières cures de désintoxications pratiquées dans le Service entre le ler Octobre 1968 et le 31 Décembre 1969 soit pendant une période de 15 mois.

Ceci ayant été fait fin Décembre 1972, tous les malades considérés ont donc été revus après un minimum de 3 ans d'évolution.

Cependant je pense qu'il faudra tenir compte dans l'appréciation des résultats qui vont être exposés, du fait qu'il s'agit des premières cures et qu'elles ont été faites dans des conditions assez peu favorables. 800 autres malades ont été traités depuis , ce qui fait un total de 1000 en 4 ans, ceci donne une idée de l'importance du problème dans la région considérée.

C'est ce qu'avait d'ailleurs constaté le Docteur PENHOAT , Médecin du Travail d'une grosse entreprise de la région, qui depuis plusieurs années, poursuivait une action de dépistage et de traitement des malades alcooliques. Cependant, beaucoup de patients refusaient catégoriquement l'hospitalisation en milieu psychiatrique et l'Hôpital de CLERMONT était le seul endroit où se pratiquait la cure.

Il fallait donc créer sur place, dans un hôpital général, une unité de soins qui allait, par la suite, devenir un véritable centre de cure de désintoxication.

Cela ne se fit pas sans difficultés. Au départ, il s'agissait de suivre l'exemple du Docteur HAAS qui depuis 10 ans déjà, pratiquait des cures dans un Service identique à l'Hôpital de St CLOUD.

Mais il fallait tenir compte du personnel à former et motiver. Dans ce cas particulier, l'unité de soin a pu commencer de fonctionner grâce à la collaboration efficace et intellgiente d'une surveillante sensibilisée au problème et qui avait en plus de sa compétence, les qualités humaines nécessaires pour se lancer dans " l'aventure". Elle fut épaulée par de jeunes infirmières dont le dynamisme a résisté au caractère quelquefois ingrat du travail qu'elles avaient à accomplir. Cet ensemble permit d'obtenir la coopération des agents hospitaliers qui apportèrent leur indispensable contribution à ce travail d'équipe.

La seconde difficulté siégeait au niveau des conditions matérielles. Les locaux d'hospitalisation, proprement dit, comportaient une trentaine de lits, répartis dans une série de dortoirs de 6 à 10 lits. Cette disposition faisait qu'il n'y avait aucune possibilité d'isolement. Ce fait était défavorable quand il y avait des malades graves, mais il s'avéra favorable pour les malades en cure, qui, mêlés aux malades de Médecine Générale, avaient moins l'impression d'être des cas à part, et de plus, par ce biais, ils jouissaient d'une émulation réciproque.

Enfin à cette époque, il s'avera impossible de suivre les malades après leur sortie. Le service social de l'Hôpital se réduisait à une seule personne pour 800 malades , elle ne pouvait résoudre que quelques problèmes administratifs.

Quant aux mouvements de buveurs guéris, ils étaient pratiquement inexistants dans la région de Compiègne et s'ils ont depuis pris leur essor, leur démarrage fut quand même assez lent.

LA CURE

PRINCIPES ET METHODES

Je reviendrai sommairement sur les principes de base de la cure avant de parler de façon plus détaillée de la technique qui est utilisée depuis maintenant 4 ans.

L'idée de base est de considérer l'alcoolique comme un malade que l'on doit soigner et que l'on peut aider à guérir. Si l'on n'est pas, au départ, bien convaincu que cette guérison est possible, on ne peut évidemment pas y réussir. Il faut avoir une sorte de " foi" lucide et consciente des difficultés qui ne manquent pas de surgir et poursuivre cette action avec persévérances malgré les déconvenues inévitables.

Il faut que l'équipe soignante soit, elle aussi, bien convaincue qu'elle s'occupe de malades, qui présentent cette seule différence avec les autres ,que le contact humain, toujours important en milieu hospitalier, prend ici un sens particulier car il a une valeur psychothérapique importante.

C'est à partir du moment où chacun a adopté cette attitude que le climat favorable à la guérison est créé.

L'être humain a toujours peur d'une hospitalisation et le malade alcoolique est toujours plus ou moins angoissé, il faut qu'il se sente accueilli et non rejeté, aidé non culpabilisé, rassuré non écrasé, comme il a l'habitude de l'être par un milieu indifférent ou même hostile.

Grâce à ces conditions d'environnement psychologique, il n'a jamais été rencontré de difficultés majeures avec ces malades pourtant réputés difficiles et une fois passée la période d'agitation initiale, ces patients se sont révélés dans la quasi-totalité des cas, plus dociles qu'on ne l'avait espéré , participant même avec bonne volonté à certains petits travaux du Service, ce qui avait l'avantage de ne pas les laisser complètement inactifs.

CONDITIONS D'ENTREE DES MALADES.

On peut distinguer, schématiquement, deux catégories de malades :

1) ceux qui entrent déjà décidés à faire la cure, préparés à cela par leur médecin traitant, le médecin du travail, une assistante sociale ou par un membre d'une association de buveurs guéris.
L'essentiel du travail préparatoire est déjà accompli. Cela ne s'est, en général, par fait en un jour, mais est l'aboutissement de démarches successives souvent venues de personnes différentes.

Plus sera répandue dans le public, médical ou non, l'information sur les possibilités de guérison de l'alcoolisme, plus fréquent sera ce mode d'entrée.

2) ceux qui entrent pour une complication de leur intoxication ou pour une affection intercurrente dont la gravité est infiniment variable, petit malaise, crise épileptiforme, surinfection, assez rarement pour un DT vrai.
Ils n'ont jusque là jamais envisagé la possibilité d'une cure dont ils ignorent la plus souvent la possibilité.

Une fois le diagnostic d'intoxication alcoolique posé, il faudra les convaincre de se traiter. Cela ne se fait pas toujours au premier contact et bien des malades ne se décideront qu'à un deuxième séjour.

3) entre ces deux cas extrêmes, il y a toutes les nuances. Malade qui, décidé à l'entrée, change d'avis au bout de quelques jours quand il se sent mieux et qui sort en disant avoir bien compris le problème, affirmant être bien décidé à cesser de boire, seul, sans le secours de la cure. Autre cas, malade entré un peu par force à l'Hôpital, amené pour raisons sociales : menace de divorce, menace de licenciement, suspension de permis de conduire pour ivresse,

ou même, geste agressif ou criminel envers une tierce personne.

Ce malade est le plus souvent imperméable au raisonnement et il peut se révéler hostile à tout traitement et rancunier envers ceux qui, par chantage ou par force, l'on contraint à l'hospitalisation.

Quel que soit le point de départ, il faudra amener le malade à la même prise de conscience. Ce sera tantôt aisé, tantôt difficile, quelquefois illusoire, soit que le malade refuse ouvertement toute coopération, soit qu'il s'incline mais seulement pour qu'on le laisse tranquille.

Si le malade nie son éthylisme, il n'est pas question de le forcer à subir une cure qui serait inévitablement vouée à l'échec.

PRISE EN CHARGE MEDICALE DU MALADE.

La maladie alcoolique n'est pas tout à fait semblable aux autres maladies, purement organiques où les conditions d'environnement socio-familial et le comportement psychologique du malade n'ont qu'une importance secondaire. Ces éléments sont, au contraire, primordiaux et souvant déterminants dans la guérison de la maladie alcoolique et on n'a peu de chance d'obtenir l'adhésion du malade à la cure, et, surtout le maintien de sa guérison, si l'on n'en tient pas compte. Le malade doit sentir que l'équipe médicale s'occupe de lui sur tous les plans : organique, psychologique et socio-familial.

L'examen somatique garde toute son importance quel que soit le motif de l'entrée. L'intoxication éthylique est une "tare" au sens médical du terme et il n'est pas rare, grâce à un examen clinique complet et un bilan biologique, de découvrir une lésion somatique latente. On insiste, sur l'examen du foie à la recherche d'une hépatomégalie stéatosique ou de signe de cirrhose. Les foies cliniquement indemnes, sont assez rares.

La recherche des réflexes ostéotendineux est faite avec soin. On complète par un examen cardiovasculaire avec un ECG après 50 ans, et évidemment une radiographie pulmonaire. Un bilan biologique sommaire avec un TP et un BW et un FO, sont faits systématiquement.

Pendant l'examen clinique, l'interrogatoire fait préciser certains signes fonctionnels révélateurs de l'intoxication mais que le malade considérait jusque là , comme banaux. On peut en profiter pour lui expliquer les risques organiques qu'il encourt par la poursuite de son intempérance et souligner que ces risques peuvent être mortels.

Il faut faire valoir que ce bilan est suffisamment complet pour que l'on soit sûr que la cure peut être faite sans danger , que de plus, si nécessaire, elle sera adaptée au cas particulier de chacun.

Il faut, en effet, réagir contre le préjugé défavorable, qui s'est installé dans l'opinion, qu'il existe des risques à faire une cure, tout cela parce que des malades éthyliques notoires, sont entrés à l'Hôpital pour mourir des complications de leur alcoolisme, sans que l'on ait même évoqué pour eux la possibilité d'une cure.

Enfin, on peut rassurer le malade en lui disant que l'évolution de sa maladie sera arrêtée s'il cesse de boire, mais ne pas lui donner l'illusion d'une récupération totale des lésions déjà installées.

LA CURE MEDICAMENTEUSE.

Au cours des divers entretiens qui sont suscités entre le médecin et le malade, on explique à ce dernier le déroulement de la cure médicamenteuse. Cette partie ne doit pas être négligée car elle sert de support à l'autre aspect de la cure qui est surtout psychothérapique et sur lequel nous reviendrons longuement.

Tous les actes médicaux qui la composent, sans être mécanisés, ce qui supprimerait l'adaptation à chaque cas individuel, doivent cependant être suffisamment codifiés pour que l'on ne prenne pas le risque d'omettre un des éléments du traitement.

Nous allons indiquer les médicaments utilisés, les doses et le rythme d'administration pour les cas dont il est question dans l'exposé.

En effet, dans le service même, la technique a été légèrement modifiée par la suite et il est probable qu'elle le sera encore à la lumière de notre expérience propre et de celle des différents médecins qui se sont attachés au problème.

Les petites variations sont d'une importance relative, car, comme l'écrit le Docteur CHAMPEAU " la meilleure méthode c'est celle que l'on connait le mieux".

Cette thérapeutique médicamenteuse vise un triple but :

1) permettre au malade de supporter le sevrage
2) le remettre en bonne condition physique
3) l'aider à ne plus boire.

1) Permettre de supporter le sevrage. Les malades hospitalisés sont, en principe, des intoxiqués majeurs, chez qui le sevrage brusque risque d'entraîner des accidents graves. L'utilisation des tranquillisants est donc indispensable et les malades entrant sont systématiquement traités par l'Equanil en injections intraveineuses (ampoule de 400 mg) Le rythme de base est d'une ampoule toutes les 6 heures.

Cette thérapeutique n'a jamais donné d'incident hypotensif. Le seul inconvénient est la difficulté de résorption et des réactions locales banales.

S'il apparait, malgré cela, un état de prédélirium, les injections sont rapprochées avec adjonction , dans les cas sévères, de Valium en injections intraveineuses, et d'alcool (Curéthyl) en I.V., à des doses décroissantes, suivant la nécessité.

En cas de prédélirium, on veille particulièrement à l'hydratation du malade ainsi qu'à maintenir son équilibre glucidique et ionique . En conséquence, il reçoit 3 à 4 litres de boissons abondamment sucrées et salées, alternativement et un supplément de potassium de 3 g environ.

Quand survient un délirium tremens, il peut être difficile de faire boire le malade, comme d'assurer le maintien de perfusions pourtant indispensables ; la contention du malade devient alors nécessaire avec des bracelets et des courroies de cuir à rembourrer et à surveiller avec soin pour éviter les blessures superficielles mais regrettables , contention maintenue le moins longtemps possible, juste le temps nécessaire pour calmer le malade par les neuroleptiques.

Le recours au cabanon est exceptionnel car il s'agit de conditions défavorables tant au point de vue psychique, l'agitation et le délire du malade augmentent plutôt devant cette claustration dans une pièce pratiquement sans ouverture, que matériel ; en effet, comment soigner un malade gisant sur un matelas posé à même le sol.

Il est bien préférable d'avoir recours à une chambre normale, semi-obscure et calme, mais à proximité du local de garde, ces deux dernières conditions n'étant pas toujours faciles à concilier .

Chez les malades non agités, on cesse rapidement, en 2 ou 3 jours, les injections d'Equanil pour les remplacer par des tranquillisants per os qui sont continués à dose modérée

jusqu'à la sortie.

Dans ces conditions, le sevrage se passera généralement bien. En 4 ans, il n'y a eu à déplorer que 3 décès pour délirium tremens, chez des malades jeunes, mais intoxiqués majeurs et toujours avec des causes aggravantes :

1er cas : arrivé au 3 ème jour de délirium, l'hospitalisation ayant été refusée au 1er et au 2ème jour.

2 ème cas : clochard dans un état général désastreux avec vraisemblablement encéphalopathie de Gayet Wernicke

3 ème cas : délirium chez un malade qui en était à son 3ème séjour et qui avait continué à boire dans des conditions matérielles désastreuses et déterioration physique importante.

La cessation de boisson alcoolisée a toujours été psychologiquement bien supportée.

Cela est dû, à notre avis, à la conjoncture de plusieurs facteurs :

- dépaysement complet par transfert à l'Hôpital
- absence de toute tentation, les malades n'ayant aucune boisson alcoolisée dans le service ; les seules qu'ils voient sont utilisées pour les vomissements après Apomorphine, ce qui ne peut que les dégoûter
- la mise à leur disposition de boissons abondantes : eau minérale et sirops variés, ces malades ayant souvent une potomanie associée, boivent environ 3 litres par jour
- action de la psychothérapie individuelle ou de groupe qui crée tout au long du séjour un climat défavorable à la consommation de boissons alcoolisées
- au fait qu'ils constatent sur eux-mêmes, pendant leur séjour, la considérable amélioration physique et psychique dûe précisément au sevrage.

Il n'est exercé aucun contrôle policier à l'entrée du service.

Si le personnel constate que des visites apportent des boissons alcoolisées, celles-ci sont rendues à la famille, mais nous faisons toute confiance au malade, s'il reste dans le Service, c'est qu'il envisage de faire la cure et de rester abstinent. Sinon, il est libre de sortir , même s'il fait la cure d'une part pour boire en cachette, d'autre part une action repressive serait de peu d'utilité.

2) Le mettre en bonne condition physique. C'est assez facile et rapide : 5 à 10 jours si le malade n'a pas d'atteinte organique grave. Le simple fait du sevrage amène une amélioration rapide avec retour d'un sommeil calme et de l'appétit.

Alors que le malade était plus ou moins anorexique avant l'entrée, il se met au bout de 2 ou 3 jours, à dévorer (cela a occasionné au départ, quelques difficultés avec l'économat de l'hôpital). et il est courant qu'un malade grossisse de 5 kgs et plus, pendant les 2 à 3 semaines de séjour et ce, malgré les 4 jours de vomissements après Apomorphine.

Evidemment, on aide modestement à ce résultat par l'administration de polyvitamines per os pendant tout le séjour , par l'injection d'extraits hépatiques qui, quelle que soit leur efficacité réelle, sont indispensables chez ces malades à qui l'on a dit qu'ils avaient une atteinte hépatique.

Enfin, chaque fois qu'il y a , soit une atteinte polynévritique, soit un déficit cérébral faisant craindre une encéphalopathie, nous employons de fortes doses de vitamines B, injectable.

3) Aider le malade à ne plus boire , c'est évidemment le point le plus important puisque c'est le but même de la cure, mais les avis sont très partagés au sujet de l'action éventuelle des médicaments.

Nous pensons que les médicaments ne sont pas réellement indispensables mais jouent un rôle adjuvant utile et même précieux si l'on sait les utiliser et surtout les présenter aux malades en les incorporant ainsi à l'ensemble de la psychothérapie, qui reste l'élément primordial, indispensable, conditionnant le succès de la cure.

Le schéma d'utilisation est le suivant :

- Apomorphine pendant 4 jours : le matin, à jeun, à 1 heure d'intervalle, 3 injections suivies 2 à 3 mn après de la prise de la (ou les) boisson habituelle . En cas d'absence de vomissement, on fait boire du café salé et on augmente la dose de médicament injecté.
- Espéral , 3 matins de suite, 1 g de disulfirame, soit 2 comprimés et le 4 ème jour, 1 comprimé avec, 2 heures plus tard, un test avec la boisson habituelle.

L'APOMORPHINE, le nombre des injections et les doses de boissons utilisées excluent toute idée punitive qui doit d'ailleurs être absente des cures de désintoxication.
Ce mode d'administration permet de conserver un régime alimentaire sensiblement normal, et, malgré les vomissements du matin, les malades déjeûnent en général de bon appétit.

Faute de locaux, nous n'avons pas pratiqué ces épreuves dans des chambres isolées. Les premiers jours de l'ouverture de l'unité de soins, il avait semblé déplacé de provoquer les vomissements en salle commune et les malades avaient été placés dans la seule chambre isolée du service. Très vite le nombre des patients a été trop important et il fallut les laisser en dortoir. Nous nous sommes ainsi rendu compte qu'avec la méthode employée, cela était sans inconvénient majeur pour le malade et ses voisins et même que cela présentait des avantages psychologiques.

La cure cessait d'être une chose mystérieuse, se déroulant dans un local à part. Le malade voit immédiatement par les autres en quoi consiste le traitement ; il est informé. On peut gagner ainsi en confiance ce que l'on perd par l'absence de mystère. Or, à nos yeux, la confiance réciproque entre malade et médecin est une condition de réussite.

En outre, voir les autres vomir, est peu agréable. Souvent moins agréable que de vomir soi-même et prolonge ainsi l'action de la série d'injections d'Apomorphine.

Quelle signification donner à ce traitement ? Nous ne pensons pas qu'il faille parler de reflexe de conditionnement, parce que ce n'est pas en quelques jours qu'on peut créer un vrai réflexe de type Pavlovien.

Il est évident que l'action du médicament est variable suivant les malades et que certains vomissent de façon inconstante ou même pas du tout, malgré l'augmentation des doses.

Pour que le malade ne soit pas déçu et n'en déduise pas que " la cure ne marche pas", il est prévenu de cette éventualité dans la lettre traitant de l'Apomorphine (et on le lui repète) l'assurant que l'action du médicament est la même s'il n'y a pas de vomissement, la preuve en est qu'il ressent une somnolence marquée et un malaise.

Il n'y a guère de contre indication à l'Apomorphine si l'on attend que le malade ait un état physique satisfaisant. Comme VIDART et REYSS BRION, nous pensons que la gastrectomie n'est pas une contre indication, mais il faut bien l'expliquer au malade car assez souvent on lui aura dit le contraire. Noter qu'en général, le malade vomit normalement sa boisson alcoolisée, tout comme s'il n'y avait pas eu de gastrectomie.

L'ESPERAL. A nos yeux, il s'agit d'un garde fou, d'une béquille qui aidera le malade à rester abstinent pendant cette période pratiquement illimitée qu'est la post-cure, finalement la période la plus importante.

Autant il est au fond facile de rester abstinent pendant le séjour à l'Hôpital dans un milieu protégé ou tout invite à ne pas prendre de boissons alcoolisées, autant cela sera difficile au retour dans la vie normale, dans un milieu souvent totalement contaminé par l'alcool et où tout invite à boire.

Jusqu'ici nous avons donc concu la prise d'Espéral comme la préparation à la sortie et c'est d'ailleurs à ce moment que nous remettons au malade, non seulement le feuillet traitant de l'Espéral, mais aussi ceux traitant de la reprise de la vie normale et de la post-cure.

Nous ne faisons donc pas plusieurs réactions après imprégnation à l'Espéral dans le but de dégoûter de l'alcool comme on le fait avec l'Apomorphine, mais un seul test, pour montrer au malade ce qui se produira après sa sortie s'il boit de l'alcool après avoir pris son Espéral le matin, pour apprécier l'intensité de sa réaction et décider s'il doit prendre à sa sortie, 1/2 ou 1 comprimé.

De toute façon, il est important de bien expliquer au malade pourquoi il doit continuer ensuite à prendre ce médicament de façon quotidienne et prolongée ; il s'agit de résister aux tentations imprévues. Cet Espéral, il doit le prendre 6 mois et plus et surtout ne pas l'arrêter sans avoir réfléchi à son problème personnel et en avoir discuté avec son entourage direct.

Bien souvent, hélas, l'arrêt de la prise ne se fait pas de façon préméditée, mais parce que le malade ne va pas voir son

médecin traitant uniquement pour renouveler une ordonnance arrivée à expiration.

Contre indication : nous n'utilisons en général pas cette drogue chez les malades de plus de 60 ans ou s'il existe une maladie cardiovasculaire, car les modifications brusques de tension, provoquées par la réaction disulfirame alcool, pourraient être dangereuses. Quand il y a un doute, l'avis du cardiologue est sollicité.
L'épilepsie ne nous paraît pas être une contre indication, qu'il y ait ou non un foyer localisé. La fréquence de la crise d'épilepsie chez l'éthylique, et provoquée uniquement par l'intoxication, est telle que nous considérons comme banale la survenue d'une crise comitiale avant l'hospitalisation ou à n'importe quel moment de celle-ci. Nous faisons donc un EEG pour prescrire un traitement en cas de foyer localisé, mais il serait regrettable de se priver de l'action autobuse d'un médicament, le malade courant certainement plus de risque par la reprise de boissons alcoolisées que par celle d'Espéral.

La névrite optique est considérée également, par certains auteurs, comme une contre indication à l'Espéral et initialement, cette ligne de conduite avait été adoptée. Mais à l'usage, le nerf optique nous a paru courir plus de risques par la rechute, beaucoup plus fréquente en l'absence d'Espéral, que par la prise du médicament et nous nous sommes ralliés à l'avis des auteurs prescrivant malgré tout de l'Espéral avec surveillance régulière du FO.

L'IMPLANT D'ESPERAL. L'implant n'est en général, pas proposé d'emblée, car cela supprime dans une certaine mesure, la participation active du malade à sa guérison. Il a en effet tendance à se reposer entièrement sur l'implant, qui, estime t-il, doit suffire à lui seul à le guérir.
L'implant est donc réservé à certaines rechutes, le malade paraissant faible ou très exposé par son métier ou son milieu.

Parfois, c'est le conjoint qui est sceptique sur la volonté du malade de rester abstinent, et le réclame d'emblée pour être rassuré , ou c'est le malade qui ne se sentant pas sûr de lui, le réclame. On constate aussi dans le Service, de véritables petites " épidémies" d'implants, les malades s'entraînant les uns les autres.

L'implant n'est cependant, pas plus que n'importe qu'elle autre thérapeutique, le rémède miracle. Son activité est variable. La résorption du produit est plus ou moins rapide et sa durée d'action plus ou moins longue. Un laps de temps de 6 mois, en moyenne, est admis. Cependant, certains malades pourront reboire assez rapidement. En effet, à l'usage, il semble que l'effet de l'implant soit bien moindre que celui de l'Espéral per os.

Pour tester la valeur effective de l'implant, il serait bon de reconvoquer le malade un mois environ après la pose afin de lui faire un test.

LA PSYCHOTHERAPIE.

C'est une partie très importante de la cure. Celle-ci étant pratiquée dans un Service de Médecine Générale, par des médecins n'ayant aucune formation particulière en psychiatrie, il n'est pas question de faire une psychothérapie profonde, mais plutôt de rechercher le contact avec le malade, de faire un effort de compréhension de sa personnalité, de ses problèmes personnels ou socio-familaux et par là, installer un dialogue.

Il est important que le malade perçoive cette sympathie (ethymologiquement "souffrir avec"), le désir que l'on a de le comprendre pour mieux l'aider ; s'il n'y a pas un contact entre malade et médecin, cette mise en confiance, il y a peu de chance pour que la cure soit suivie de succès.

C'est ce qui fait que les premières impressions du malade, ses premiers contacts avec le service ont une telle importance ; c'est aussi la raison pour laquelle le premier entretien avec le médecin doit être le plus précoce possible

En plus des conversations avec le malade lui même, le médecin prend aussi contact avec un membre proche de la famille du malade, et, il existe chaque semaine une réunion de groupe réunissant tous les malades du service en cours de traitement et d'anciens malades qui reviennent à cette occasion.

Entretiens avec le malade. Le premier a donc lieu rapidement, aussitôt que le malade est accessible et, intellectuellement capable de suivre une conversation, donc s'il l'est à son arrivée, le premier entretien aura lieu le jour même ou au plus tard, le lendemain. Le malade n'a pas ainsi une impression d'indifférence. Il est un cas particulier et non un numéro (il a toujours été fait dans le Service, l'effort d'appeler les malades par leur nom et non par leur numéro de lit).

Ce n'est, certes pas, dans la salle, au cours de la visite devant de nombreux témoins que le médecin peut aborder le fond du problème. Il est seulement possible, dans ces conditions, d'effleurer le sujet quand il s'agit de malade déjà bien motivé avant leur entrée. La discussion aura donc lieu dans le bureau du médecin.
Il faut faire preuve de tact et cependant être direct, et il peut quelquefois être difficile d'associer les deux ; la façon de mener la conversation variera selon la psychologie de chacun. Une certaine mise en confiance est obtenue en s'informant des conditions de vie familiale et professionnelle.

Pour ce qui est de l'abord du sujet en lui même, il ne semble pas utile de le reculer outre mesure et le Docteur WOIMANT a l'habitude d'y arriver assez directement. Les malades acceptent, en général bien, cette façon d'agir. On peut alors

faire préciser les quantités de boissons alcoolisées ingérées, en même temps que les modalités du régime alimentaire, les erreurs dans ces deux domaines sont fréquemment associées : absence de petit déjeûner, casse croûte lourd et riche en glucides, copieusement arrosé, amenant à l'anorexie le soir.

On fait aussi prendre conscience aux malades de leurs excès ; beaucoup d'entre eux étant convaincus en toute bonne foi, de leur sobriété.

Il est inutile de faire une enquête policière pour préciser au millilitre la quantité ingérée. D'ailleurs, certains malades présentent des troubles pour des doses relativement modérées. En effet, comme le précise le Professeur LEREBOULLET, " les désordres provoqués sont fonction, non des quantités d'alcool ingéré, mais de l'alcoolémie", celle-ci étant variable pour chaque individu et pour un même apport extérieur, en fonction de ses habitudes alimentaires, ses capacités d'élimination, sa morphologie.

Il ne faut pas oublier de faire préciser (et plus particulièrement chez la femme) la consommation de bière qui souvent n'est pas considérée comme une boisson alcoolisée, mais comme une boisson hygiénique, à consommer en famille, surtout si l'on tient compte du fait qu'actuellement la consommation de bière, dite de ménage, titrant 2 à 3° va en diminuant au profit de bières supérieures titrant 6,7° ou plus

L'important est de faire reconnaître au malade qu'il boit trop, de lui expliquer sa situation et les dangers qu'elle comporte en insistant sur le fait qu'il court des risques graves, voire mortels, s'il ne cesse pas de boire toute boisson alcoolisée, quelle qu'elle soit.

Certains malades nient et disent ne boire que très peu. S'il y a des complications organiques évidentes, on peut faire valoir que ces troubles ne peuvent avoir été provoqués que par un excès de boissons. Inutile cependant d'insister devant des dénégations persistantes. Il vaut mieux avoir recours au témoignage d'un tiers, famille, épouse, parents, devant qui le malade ne peut nier l'évidence ; encore que certaines familles ne veuillent cacher l'intoxication pour des raisons diverses.

Cette reconnaissance de la maladie est une première étape qui doit être franchie si l'on veut aller plus loin. Comment quelqu'un qui ne reconnait pas être malade, pourrait-il essayer de se guérir ?

Nécessité de l'abstience complète : Le malade qui a reconnu sa maladie, par contre, accepte assez facilement de se soigner donc de faire la cure. Il faut, immédiatement le prévenir que le traitement à l'Hôpital n'est qu'une étape, rien en soi et que la véritable décision à prendre est de ne plus boire à l'avenir une seule goutte de boisson alcoolisée.

En effet, l'expérience a montré, depuis des dizaines d'années, avec des milliers de malades, que s'ils reprenaient une boisson alcoolisée, même accidentellement, il se produisait une rechute brutale ou progressive , mais pratiquement certaine. Il faut en informer le malade et sa famille.

La cure, en elle-même est en général bien acceptée, mais pas toujours en première intention , il faut quelquefois revoir le malade et sa famille. La participation à la réunion de groupe hebdomadaire, avec la présence d'anciens malades guéris, est souvent un élément déterminant de la décision.

Enfin, cet entretien sera l'occasion de remettre les premières " lettres" d'une série destinée à expliquer les arguments

qui ont été exposés oralement concernant les risques de la maladie et la façon de guérir. Cela doit amener le malade à prendre sa décision en toute liberté et en pleine connaissance de cause, première manifestation de son autonomie, de son pouvoir de décision retrouvé, de sa libération vis à vis de l'alcool qui le rendait trop souvent incapable de réfléchir et de décider. Le malade doit participer à sa cure et non la subir passivement, ce qui donnerait un mauvais résultat à longue échéance. Cette participation consciente, active, est une des conditions du succès et nous répétons au malade que nous ne pouvons pas le guérir, mais seulement l'aider à trouver en lui même la volonté de ne plus boire. Comme l'écrit REIJSS-BRION, il y a aussi chez chez ces sujets au " moi" débile, un travail de maturation, de restructuration, une cure de personnalisation.

Un seul entretien est évidemment insuffisant ; en fait, trois seraient souhaitables, mais le plus important est surtout la qualité du " contact".

Cette action du médecin généraliste n'est possible, il faut le souligner, que parce qu'il s'appuit par ailleurs sur l'équipe de psychiatres du secteur, à qui sont adressés systématiquement tous les malades pour qui se posent l'indication d'une cure. Les patients en sont prevenus dans une des " lettres" qui leur indique que dans le cadre du bilan général, ils auront tous un entretien avec le médecin psychiatre qui aidera à mieux comprendre leur cas particulier, ce qui est vrai ; ce qu'on ne leur dit pas, c'est que cela évite au généraliste l'erreur grossière de méconnaître une névrose ou une psychose et les rares cas où une cure est contre indiquée, l'alcoolisme étant compensateur d'une atteinte plus grave. Ainsi sont dépistés les malades qui auront besoin d'être suivis à la consultation d'hygiène mentale.

Donc de la part des généralistes, pas de psychothérapie individuelle profonde, dont ils sont incapables.

Il serait sûrement bénéfique que ces malades recoivent une psychothérapie vraie, en groupe de 5 ou 6. Ceci n'a jamais été réalisé, il faudrait alors envisager la participation d'un psychiatre.

Entretien avec la famille. Il est nécessaire d'avoir une entrevue avec le conjoint, ou les parents, pour un célibataire, de toute façon un membre proche de la famille du malade. Ceci vise plusieurs buts :

- mieux connaître la situation réelle du malade qu'il pourrait avoir dissimulé passant sous silence des faits importants (risque de licenciement, violences, menace de divroce).
- l'aider à reconnaître la réalité de sa maladie, qu'il a tendance à minimiser.
- faire participer le conjoint, ce qui est , en fait, le but le plus important. Tout d'abord, en l'informant des possibilités réelles de guérison. Il ne sera souvent pas aisé de vaincre l'incrédulité de quelqu'un qui connait bien le sujet et qui puise son expérience dans des années de vie conjugale, pas toujours réussie. Puis, montrer la nécessité de repartir sur des bases nouvelles, en essayant d'oublier les rancoeurs passées. La (ou le) conjointe sceptique quant au résultat, reste retranchée sur ses positions défensives quand elle ne manifeste pas une agressivité latente vis à vis de l'autre. Il faut l'amener à accepter de faire aussi l'effort de la confiance et de la compréhension. Bref, si cela est encore possible, aider à la " réorganisation du couple" comme l'écrit REIJSS-BRION. On aura ainsi parfois la joie de voir cesser des séparations ou des procédures de divorce, ou même certain couple se remarier ensemble.

Il est en général possible de revoir brièvement la femme du malade une deuxième fois au moment de la sortie. On en profitepour lui donner confiance dans la cure et mettre en valeur que - aide - ne veut pas dire surveillance et inquisition.

Tout cela est d'ailleurs écrit dans une "lettre" destinée au conjoint et remise à celui-ci à la fin du séjour. Cela peut aussi être dit aux réunions de groupe auxquelles participent des femmes d'anciens malades dont les conseils "passent" mieux que ceux du médecin.

Les lettres remises aux malades . Elles sont inspirées de celles que le Docteur FOUQUET a publié, mais celles que nous distribuons, destinées à des malades d'un niveau intellectuel moins élevé, ont été condensées et raccourcies. La première série était toutefois assez brève et il lui en a succédé une autre, plus détaillée. Cette dernière est composée de 12 lettres :

- 1) lettre d'accueil
- 2) où en êtes-vous arrivé
- 3) la guérison du malade alcoolique
- 4) quelle décision prendre
- 5) comment prépare-t-on et décide-t-on la cure
- 6) en quoi consiste le traitement médical
- 7) vous allez revivre
- 8) la sortie
- 9) la réadaptation et la guérison
- 10) l'Espéral après la sortie
- 11) les risques de rechutes
- 12) les mouvements de buveurs guéris.

qui sont remises au malade, en 3 ou 3 fois au cours de son séjour.

Elles sont conçues pour pouvoir être remises indifféremment

aux malades hommes ou femmes. Par ailleurs, 2 autres lettres sont destinées au conjoint et le texte en est différent suivant qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme. La première est remise lors de l'entretien, au début du séjour, avant de commencer la cure.
La deuxième, concernant la sortie, est remise à la fin.
Il est précisé au malade qu'il est indispensable que son conjoint lise la série de lettres qui lui est destinée, tandis que lui même doit lire celles qui sont destinées à sa femme.

Les réunions de groupe. Elles ont lieu une fois par semaine, le samedi à 10 h. Il est plus facile d'avoir les familles ce jour là puisque c'est le jour de repos de beaucoup d'entreprise et qu'il y a davantage de cars venant des environs ce jour là.

Ces réunions ont été organisées à l'exemple de celles qui sont faites dans le Service du Docteur HAAS. Il était projeté de les faire mensuelles, mais comme les premiers temps, il n'était disponible qu'un petit local, il paru plus pratique de les faire plus fréquentes et à l'usage, ce rythme hebdomadaire s'est révélé plus pratique.

- chaque malade assiste à un minimum de deux réunions
- les anciens malades et leur famille savent qu'ils peuvent revenir n'importe quel samedi
- les membres des mouvements de buveurs guéris peuvent venir également quand ils veulent et amener les personnes qu'ils connaissent justiciables d'une cure.

Les tables sont installées en rectangle au milieu de la pièce ce qui permet une réunion en " rond" tous les participants autour sur un ou deux rangs. La réunion se déroule de façon informelle, sans exposé initial, mais la discussion est menée par le médecin chef de service. Y participent :

- les malades du service hospitalisés pour alcoolisme et les autres si le sujet les intéresse

- d'anciens malades reconvoqués ou venant de leur propre initiative avec ou sans leur famille
- médecins, internes, personnels du service quand leur travail dans le service leur permet de se libérer.
- les familles des malades hospitalisés.

Le démarrage de la discussion se fait à partir d'une base quelconque, une des lettres de la série donnée aux malades, un cas particulier (non nominatif, bien sûr) un fait divers pris dans la presse, une question d'un malade, ... La réunion, une fois démarrée continue au hasard de la discussion.

On insiste sur le problème d'une éventuelle rechute et sur le fait qu'elle est quelquefois un " incident de parcours" utile pour comprendre qu'il est impossible de reboire la moindre quantité d'alcool.

Le témoignage des buveurs guéris est particulièrement positif car les malades en cours de traitement voient par l'exemple qu'ils peuvent rester abstinent, que cela est une chose possible s'ils en ont la volonté. L'effet le plus significatif est le nombre de cas où un malade réticent, se décide à accepter la cure après la réunion. C'est pour cela qu'il est toujours demandé aux malades qui refusent de se traiter de rester jusqu'au samedi. La réunion dure une heure ; c'est suffisant pour faire brièvement le tour du problème.

Contre-indications de la cure. Il est difficile de préciser de façon nette les limites des indications de la cure. Il est évident qu'on ne peut faire de cure vraie, au sens médicamenteux :

- en cas de cirrhose décompensée
- devant une altération de l'état physique et psychique trop avancée
- en cas de maladie cardiovasculaire sévère, coronarite ou hypertension.

Cela ne veut pas dire que dans ces cas, il ne faille rien essayer.

D'abord traiter l'affection organique. On peut amener une amélioration somatique souvent importante par le repos et les traitements appropriés en milieu hospitalier. Cela demande un séjour plus ou moins long, en tout cas supérieur en durée à celui nécessité pour une cure et pendant ce temps on peut :utiliser les différents éléments psychothérapiques indiqués ci-dessus.

Plus délicat est le problème des malades clochardisés pouvant récupérer sur le plan somatique, mais très désocialisés. On peut tenter la cure à condition de pouvoir compter sur un centre de réadaptation.

Le problème devient insoluble chez des malades de ce type un peu plus âgés et qui sont incapables de reprendre un travail régulier. Reste pour eux la solution de l'hospice où ils entretiendront leur alcoolisme selon toute vraisemblance.

Enfin, il reste les cas des malades névrosés où l'alcool est un élément d'équilibre de la névrose. On ne peut faire la cure que sous la surveillance du psychiatre qui quelquefois, dans certains cas, la déconseille. Ces malades sont redevables d'un autre traitement et aiguillés vers le spécialiste.

Cure chez la femme. Ce qui a été dit jusque là sous entendait le plus souvent que l'on traitait des malades hommes. Cela tient au fait qu'ils représentent une proportion importante de plus de 90 %.

Les femmes alcooliques ont d'ailleurs une motivation et une psychologie tout à fait différente.

Ce sont souvent des éthylismes cachés, à la maison, auxquels elles arrivent par ennui ; à la bière, dont elles ignorent la toxicité réelle. Elles sont en général plus jeunes, car elles constituent des cirrhoses graves avec évolution rapidement mortelle, pour des quantités d'alcool relativement faibles.

La Sortie. C'est le moment critique.
La cure à l'hôpital n'est que le premier temps de la guérison, le plus court et au fond, le plus facile grâce au milieu protégé qu'est le cadre hospitalier où tout est organisé pour inciter à l'abstinence.

Reste le temps le plus important : la réadaptation à la vie normale, et la post-cure qui durera pratiquement toute la vie.

A la sortie, le malade se trouve relancé dans son milieu habituel, où bien souvent, la pression alcoolique est telle qu'il est très difficile d'y résister et il faut quelquefois envisager de changer de travail et même de logement.

Les habitudes de la vie quotidienne sont parsemées de sollicitation, avec le retour dans l'équipe de travail, la consommation en groupe , pendant ou à la fin de la journée, réunions auxquelles il ne peut refuser de participer sans encourir les moqueries des copains. Dans notre société le piège est quotidien et les occasions se multiplient et le malade n'est pas à l'abri, même dans le milieu familial et au cours d'une fête, ce sont les proches qui l'inciteront à " une petite exception pour faire comme tout le monde".

Il est important que le malade ait, avant sa sortie, pensé à tous ces petits traquenards qui l'attendent, auxquels il devra résister et dont personne, même un abstinent volontaire spontané, ne peut avoir pleinement conscience.

Il doit avoir réfléchi à ce qu'il dira ou fera en cas de sollication directe pour ne pas se laisser surprendre.

La convalescence doit être brève, 8 à 10 jours, pas plus. La reprise rapide du travail fait partie de la thérapeutique. L'inaction prolongée pendant une convalescence de 3 à 4 semaines à laquelle le médecin traitant se croit obligé, accroit, par l'oisiveté qu'elle entraîne, les risques de rechute.

Pour les malades qui risquent de se retrouver dans des conditions matérielles et affectives vraiment trop dévavorables, nous préférons, à la sortie, les diriger vers un centre de post-cure.

Nous avions la chance d'avoir un tel centre à proximité. Il acceptait de recevoir nos malades, pratiquement sans attente, ce qui est précieux :

- pour le malade, qui n'a pas intérêt à prolonger son séjour à l'Hôpital
- pour le service qui a un besoin de place permanent pour accueillir d'autres malades
- pour la collectivité qui n'a aucune raison de verser le prix d'une journée d'hôpital pour un malade qui ne nécessite plus de soins intenses.

Il a été possible de traiter des malades, qui autrement, auraient été irrécupérables mais qui, placés, après la cure, dans un centre qui leur permit une réadaptation sociale, ont pu ainsi être réintégrés dans la société. Il s'agit là d'un travail particulièrement difficile puisque s'adressant à des sujets apparemment irrécupérables.

A noter que les dirigeants actuels de ce foyer sont, mis à part le fondateur, de tels malades considérés comme des cas dépassés à l'arrivée dans le Service.

Pour ces malades, le centre assume le rôle de service de suite. Pour les autres nous allons voir ce qui a pu être fait.

Service de suite. A vrai dire, pendant la période considérée, il n'y avait pas de réel service de suite pour les malades traités. Le service social de l'hôpital ne pouvant absolument pas faire face à ce travail.

Pour ne pas perdre le contact avec les malades, il a donc été fait appel aux deux moyens suivants :

1) Invitations aux malades à venir à la réunion du samedi, par des lettres aussi personnalisées que possible envoyées1, 3,6 , 12 mois après la sortie.

Cela n'avait guère d'efficacité, la proportion de malades venant à la réunion étant toujours faibles, à peine 20 % on ne pouvait rien en déduire statistiquement quant à la qualité des résultats obtenus. Ceux qui s'abstenaient pouvaient le faire aussi bien parce qu'ils étaient guéris et estimaient n'avoir besoin de personne, que parce qu'ils n'avaient aucun moyen de déplacement ou qu'ils n'étaient pas disponibles, travaillant le samedi matin, ou enfin, parce qu'ayant rechutés, ils préféraient ne pas avoir à le dire.

2) Appui sur un mouvement de " buveurs guéris"
A cette époque, son action existait mais le groupement en était à un stade embryonnaire et il eut quelques difficultés de démarrage. Son action n'est devenue efficace qu'un peu plus tard.

RESULTATS

CONDITIONS DE RECUEIL DES RESULTATS

Comme cela é été déjà souligné, pendant la période où a été traité le lot de malades considérés, le service de suite n'existait pas.

Dans l'impossibilité d'avoir recours au service social de l'Hôpital, il apparaissait nécessaire d'en créer un de toute pièce, qui soit spécialisé dans l'aide aux malades alcooliques.

Après convention avec la secrétaire nationale des comités de défense départementaux contre l'alcoolisme, il ressortit qu'il serait souhaitable d'y employer un travailler social, buveur guéri. Après consultation du Président du mouvement " Vie libre" de l'Oise, du directeur du Foyer de Creil et de la direction de l'action sanitaire et sociale du département, le candidat proposé, abstinent depuis 10 ans, fut agréé.

Sa première tache fut de reprendre contact avec tous les anciens malades, en principe par des visites à leur domicile ; c'est grâce à sa diligence que presque tous les malades de la série furent revus chez eux, dans leur milieu familial, ce qui donne, en partie, sa valeur aux résultats.

La conclusion sur l'état de chaque malade, en Décembre 1972, a été portée après discussion avec eux-mêmes et avec des membres de leur entourage immédiat. Ceci posait de grosses difficultés pratiques, étant donné leur dispersion géographique dans un rayon de 40 kms autour de la ville et de la nécessité de faire quelquefois plusieurs visites à un même domicile pour rencontrer une famille dont les membres travaillent dans la journée.

Pour les malades qui n'ont pu être vus personnellement, une vingtaine au plus, on s'informa de leur état.

- par des lettres aux médecins traitants, aux Assistantes sociales d'usine ou du centre d'hygiène mentale,
- par l'intermédiaire des différents membres de mouvements de buveurs guéris
- par de nouvelles convocations ou des lettres directes.

Ces démarches eurent l'avantage, outre de permettre d'établir une statistique, de retrouver des malades ayant rechutés et de mettre en évidence la nécessité d'une coordination avec les médecins traitants et tous les services médico-sociaux, confirmant que la guérison de la maladie alcoolique n'est pas le fait d'une seule personne isolée, même médecin, mais le résultat du travail convergeant de tous ceux qui peuvent y contribuer, médecins traitants, médecins du travail, médecins hospitaliers, infirmières, assistantes sociales, buveurs guéris.

CARACTERISTIQUE DU GROUPE ETUDIE

Milieu social d'origine : ce travail regroupe donc une série de 193 cas, assez homogène, dans ce domaine car il s'agit d'une population composée d'ouvriers d'usine, de manoeuvres, d'ouvriers de chantiers, de maçons, d'ouvriers agricoles, d'employés des services municipaux de voierie, quelques ouvriers spécialisés et enfin quelques membres de profession exposée, type représentants de commerce, chauffeurs-livreurs et cafetiers. Les malades appartenant à des souches sociales intellectuellement plus évoluées sont très rares dans cette étude particulière comme dans le recrutement habituel du Service.

L'âge, de ces sujets se situe dans une large fourchette de 20 à 66 ans, avec un maximum net de 35 à 50 ans, puisque dans cette tranche d'âge de 15 ans, se retrouvent 58 % des sujets ; le sommet de la courbe se situant à 42 ans. Cela est assez cohérant avec l'âge d'apparition des premiers

troubles provoqués par une intoxication ayant débuté 10 à 20 ans plus tôt quand l'individu a atteint l'âge adulte.

La situation de famille, de ces malades montre un détail intéressant, à savoir le nombre relativement élevé de célibataires, puisqu'il y en avait 40, soit environ 20 % sans qu'il semble que le facteur âge joue le moindre rôle car leur répartition se fait proportionnellement dans toutes les tranches d'âge considérées. Pendant la période de 3 ans qui nous occupe, un seul d'entre eux s'est marié.

Le nombre d'enfants des malades qui étaient mariés est très variable passant de 0 à 14 pour le maximum, la répartition se faisant comme suit :

- 0 enfant, 5 fois
- 1 enfant, 10 fois
- 2 enfants, 20 fois
- 3 enfants, 20 fois
- 4 enfants, 12 fois
- 5 enfants, 11 fois
- 6,7,8 enfants, 6 fois
- de 9 à 14 enfants, 6 fois.

Au total :

- 40 % des malades mariés avaient 2 ou 3 enfants,
- 44 % en avaient 4 ou 5
- et 12 % en avaient 6 et plus.

RESULTATS OBTENUS

Sur 193 personnes traitées, il y en a 26, soit environ 13,4 % qui ont été perdues de vue et dont il est impossible de savoir comment elles ont évolué.
Un autre malade est passé dans un service spécialisé pour tuberculose pulmonaire et sa trace est perdue ensuite.
Les résultats porteront donc, en fait, sur 166 cas suivis,

dont 163 hommes et 3 femmes.

Dans ces 166 cas, nous verrons à part les 20 malades décédés entre 1969 et 1973, puis dans un second temps l'évolution des 146 malades toujours en vie qui ont été revus.

MALADES DECEDES.

Il y en a eu 20, soit 12 %. TOus sont morts avant 60 ans :

- 6, entre 30 et 40 ans
- 6, entre 40 et 50 ans
- 7, entre 50 et 60 ans

1) 5 d'entre eux étaient toujours abstinent depuis leur cure,

La cause de leur décès fut :

- 1 rectocolite hémorragique
- 1 leucémie
- 1 mort subite infarctus ou accident vasculaire cérébral
- 1 pour complication de cirrhose
- 1 mort de cause inconnue

2) pour les 12 autres malades, les rechutes étaient certaines.La cause de leur décès fut :

- 3 comas hépatiques
- 3 cirrhoses dont 2 hématémèses
- 1 délirium
- 1 suicide
- 2 accidents de la voie publique dont nous ignorons s'ils sont consécutifs ou non à un état d'ébriété
- 2 de cause inconnue.

soit 7 de ces décès étaient en rapport direct avec l'éthylisme, le doute persistant pour le suicide et les deux traumatismes que l'on ne peut rattacher qu'indirectement.

Bien que le nombre de cas soit un peu faible pour en tirer une conclusion ferme, il semble quand même ressortir de ces quelques chiffres que les malades éthyliques meurent pratiquement tous des suites de leurs intoxications, tandis que les malades abstinents décèdent pour des causes générales.

EVOLUTION DES MALADES VIVANTS.

Schématiquement, les différentes possibilités évolutives peuvent être réparties en trois grandes catégories :

I) Les Abstinents. C'est-à-dire, les malades ne buvant plus du tout de boissons alcoolisées
Nous avons considéré comme stabilisés (j'éviterai d'employer le terme de guérison) les sujets abstinents depuis 2 ans 1/2 au minimum. Le nombre de ces résultats positifs est de 53 sur 146, soit 36 %.

II) Malades améliorés ou dont la guérison est incertaine.

a) malades améliorés : sont ceux qui ne sont pas abstinents complets et qui continuent de boire de l'alcool mais de façon notablement moins importante qu'avant la cure. Cette appréciation subjective certes, est basée sur, outre le témoignage du malade, celui de sa famille, de sa femme, de son entourage de travail. La situation d'invivable qu'elle était antérieurement, est devenue acceptable. Signalons à part 2 cas intéressants de malades qui, ne buvant plus du tout de façon chronique, font de temps en temps, une intoxication aiguë massive. On peut les considérer comme sensiblement normaux. Ce groupe compte en tout, 22 malades soit environ 15 %

b) Les guérisons incertaines concernent toute une série de cas pour lesquels, pour raisons diverses, on ne peut affirmer la stabilisation :

- malades qui affirment ne plus boire, mais pour qui l'impression n'a pas été entièrement favorable.

- ceux qui ont vu leur évolution émaillée de rechutes successives au cours de ces trois dernières années.

- ceux pour qui la dernière rechute est trop récente pour que l'on puisse parler de stabilisation. Notons parmi eux un malade abstinent depuis 3 ans et qui a fait une rechute brève en Décembre 1972.

Au total, il entre dans cette catégorie, 23 malades soit, 15,8 %.

III) Mauvais résultats. Ce sont les malades pour qui, jusqu'alors il n'a été constaté aucune amélioration, une partie d'entre eux pouvant être considérée comme franchement irrécupérable.

Ces malades, pour qui le traitement fut inefficace, sont au nombre de 48, soit 33 %.

ETUDE DE L'EVOLUTION EN FONCTION DE DIVERS CRITERES

Age : le maximum de réussite se situe évidemment, dans la tranche d'âge qui nous fournit le plus de malades, avec cependant un léger décalage du maximum de la courbe vers des âges plus avancés mais la signification de cette différence minime est difficile à apprécier :

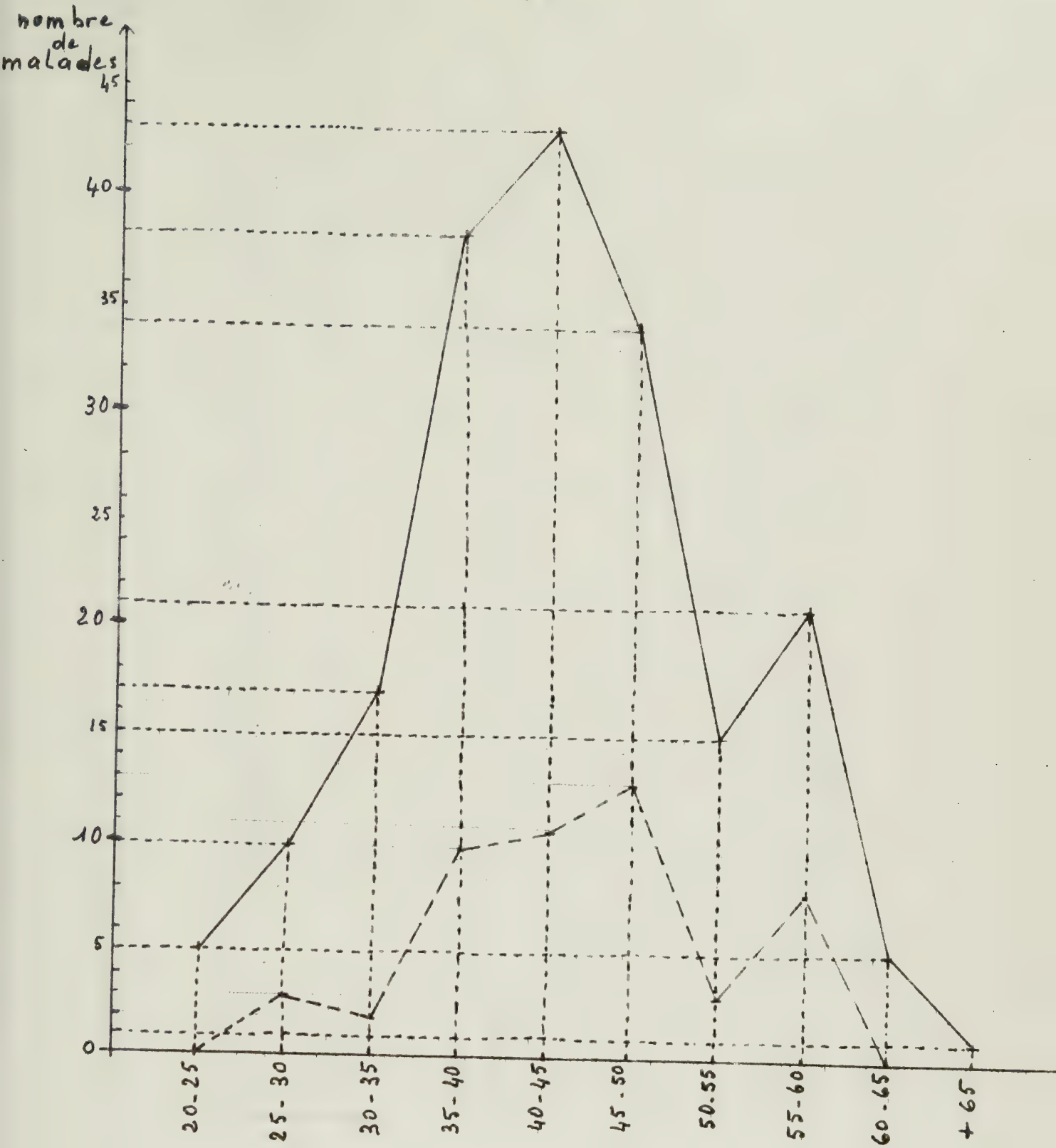
Tranches d'âges	nombre de malades	guérison
20 à 24 ans	5	0
25 à 29 ans	10	3
30 à 34 ans	17	2
35 à 39 ans	28	10
40 à 44 ans	43	11
45 à 49 ans	34	13
50 à 54 ans	15	3
55 à 54 ans	21	8
60 à 64 ans	5	0
66 ans ou plus	1	0

Situation de famille. Si l'on étudie la situation de famille des malades pour qui l'évolution a été favorable, on voit que il y a 32 mariés, 14 célibataires, 3 divorcés et 2 veufs, soit une proportion d'évolution favorable de 14 sur 40, soit 35 % pour les célibataires , et de 32 sur 117, soit 27,3 % pour les malades mariés.
Si l'on ajoute 3 évolutions favorables pour 14 malades divorcés et 2 abstinents sur 4 veufs, il semble que l'existence possible de problème d'ordre conjugal soit un facteur défavorable pour l'évolution et que la stabilisation soit plus facilement obtenue chez les célibataires.

Post-cure. Nous y avons envoyé 10 malades dont 7 ont été guéris et 3 ont rechuté. Chiffre très favorable, mais là aussi, peut-être trop restreint pour être significatif.

Mode d'entrée. Certains des malades étaient venus spontanément pour leur cure, d'autres ont été hospitalisés au hasard d'un trouble quelconque.
Sur les 53 malades abstinents, 26 étaient venus spontanément, les 27 autres n'étaient pas du tout préparés à l'idée d'une cure lors de leur entrée.
Ceci sous entend parallèlement que sur les 146 malades suivis, 73 étaient venus de leur propre volonté, mais que seulement 26 d'entre eux ont eu une évolution favorable, 26 sur 73, soit 36 %. Résultat qui est superposable au pourcentage général de guérison et qui tendrait à prouver que le fait de se présenter spontanément ou non pour une cure ne préjuge pas du pronostic ultérieur.

Nombre de rechutes Sur les 53 malades stabilisés, 37 le furent en première intention, sans aucune rechute, 12 d'entre eux ont fait une rechute et 4 en ont fait 2. Soit 65 % de guérison d'emblée, 12 % après 1 cure (1 rechute), et 7 % après 3 tentatives.
Les chances de guérison semblent décroître très vite quand augmente le nombre des rechutes et nous n'avons enregistré aucun cas de malade guéri ayant fait plus de 2 rechutes.



Repartition des malades en fonction de l'age - regroupés par tranches d'age de 5 ans.

et nombre de guérisons correspondantes

	ABSTINENTS	Cat. II	RECHUTES	TOTAL
DECEDES	5		12	20 : 12 %
cause éthyl.	1		7	
" " Méd. Gén.	3		3 ?	
" " inconnue	1		2	
VIVANTS	53 = 36 %	45 = 28,6%	48 =33 %	146
1ère cure	37 = 60 %			
2ème cure	12 = 22,6 %			
3 ème cure	4 = 7 %			
Améliorés		22 : 15 %		
Guéris. Inc.		23 : 15,8		
				166

TOTAL : 193, perdus de vue : 27 , soit 14 %, suivis 166 soit 86 %

CONCLUSION

En conséquence, il ressort de l'étude de cette série, les grands points suivants :

- que l'arrêt de l'intoxication chronique par l'alcool entraîne une stabilisation clinique et que la cure, quand elle est suivie d'une évolution favorable, constitue un traitement préventif efficace de la cirrhose et des autres complications de l'éthylisme.

- que cette évolution favorable se produit dans un peu plus de 1/3 des cas

- qu'aucun critère ne permet de prévoir à l'avance quelle sera l'évolution d'un malade donné

  . ni l'état psychiatrique du sujet, puisque l'on a vu des malades atteints de névrose et même de psychose, guérir, tandis que d'autres qui ne présentaient pas de troubles psychiques récidivaient dans la rechute,
  . ni le fait que les malades soient volontaires ou non au départ, puisque le nombre relatif des rechutes est identique dans les deux cas
  . ni l'âge qui semble peu influencer l'évolution.
  . la situation de famille joue un rôle certain mais complexe et très différent selon le cas. Retenons seulement que les célibataires, bien qu'en apparence plus isolés, ont autant de chance, si ce n'est plus, de guérir que les autres malades.

La seule conclusion pratique est que la stabilisation a été obtenue dans une grande majorité de cas, dès les premières tentatives, après la 1ère cure ou une seule rechute.

Enfin, la façon dont est pratiquée la cure présente d'autres intérêts : elle est faite au Service de Médecine Générale

donc dans un milieu où les malades acceptent facilement de venir, tandis qu'ils refusent d'être traités en milieu psychiatrique.

L'hospitalisation est de courte durée, 2 à 3 semaines en moyenne, et la réintégration des malades dans la vie active est rapide.

Ces éléments concourent à réduire le coût du traitement, sans pour autant diminuer le taux des résultats positifs.

Or, l'aspect socio-économique de la question n'est pas négligeable si l'on considère l'importance du problème en cause.

1) ALLEN R.P., FAILLACE L.A. et WAGMAN A.

Temps de guérison des alcooliques après intoxication alcoolique prolongée. Johns. Hopk. Bull. Mars 1971, 128,n°3,158-164

2) ASSOULINE Ch.

Contribution à l'étude des cures de désintoxication alcoolique dans un Service de Médecine générale (orienté en gastro-entérologie). Thèse Paris, 1969, n° 731.

3) BACKELAND F. et Coll.

Comparaison des résultats du traitement de l'alcoolisme par le disulfiram et sans disulfiram.
S. Nerv. ment. Dis. Juillet 1971,153,n°1, 1-9

4) BOITTELLE G. et Al.

tentative de suicide par le tétaethylthiurame.
Ann. Médicopsychol. (Paris).1953,2,660.

5) BONABEDIAN J.

Le disulfiram affronté à l'évolution de l'alcoologie.
Thèse Paris.1970. N°436.

6) BONS.

Le coût de l'alcoolisme dans un service de médecine générale de province.
Thèse Paris, 1969.

7) BORREAU J.

Réflexions à propos d'une méthode de traitement des ethyliques en milieu psychiatrique fermé et exposé des résultats concernant 282 observations. Thèse Médecine. Lyon.1969.

8) CASIER H. MERLEVEDE E.

Le mécanisme de l'inter-action de l'alcool éthylique et du disulfiram. Rev. Alcool. 1963, 9,103-106.

9) CASTETS B.

Réflexions sur le traitement de l'alcoolisme chronique par la cure de déconditionnement. Concours Méd. 2 Mars 1963,85,n°9,1343-1353

10) CHAFETZ M.E.

Drugs in the treatment of alcoholism.
Méd. Clin. N. Amer.1967,51,1249-1259.

11) CHAMPEAU D.

Le traitement ambulatoire de l'alcoolomanie. Rôle des sociétés d'abstinents dans la guérison des buveurs. Concours Méd.1963,85,5219-5222

12) DEBROUSSE J.Y.

L'examen systématique du fond d'oeil dans le traitement de l'alcoolisme par le disulfure de tétraéthylthiurame. Sem. Hop. Paris.1950.26,4132-4133.

13) DELAY S., PICHOT P. THUILLIER J.

Mécanisme d'action de l'antabuse dans le traitement de l'alcoolisme.
Ann. Médicopsycho.(Paris).1943,2,315-317.

14) DOREY R. et Al.

Désintoxication alcoolique au disulfirman : expérience de 18 mois. Ann. Médicopsycho. Paris,1961,1,785

15) DU CONEDIE H. et Al.

Réflexions sur une année de consultations médico-sociales spécialisées dans le traitement de l'alcoolisme (étude portant sur 300 cas). Rev. Alcoo.1964,10, 41-54.

16) FERRANT J.P. et coll.

Problème des boissons après la cure de désintoxication alcoolique. Sem. Med. 20 Janv.1969,45, n° 2, 23-24.

17) FIRMAN G.J.

Disulfiram alcohol side effects. J.A.M.A. 1968,204, 272.

18) FOUQUET P., HOLLANDE Cl.

La réaction thérapeutique disulfiram éthanol est-elle ou non . Rev. Alcool.1963,9,210-214

19) FOURNIER E. et Al.

Incidents et accidents du traitement par le disulfiram (Antabuse) Revue générale et observations personnels. Thérapie.1967,22,559-600.

20) CAITAND P.

Maladie alcoolique. Coût. Thèse Méd. Paris.1968.

21) GOLDSTEIN M. , NAKAJIMA K.

The effet of disulfiram on catecholamines levels in the brain.
J. Pharmacol. Exp. Ther.1967, 157,96-102

22) GODEFROY P.

Contribution à l'étude des accidents neuropsychiatriques de la " disulfiram ethanol réaction", et leur prévention.
THèse Med. Paris.1967.

23) HASSENEN I. HALLMANN M.

Comparison of the effect of disulfiram and dimercaptopropanol arsenite ou mitochondrial structure and function.
Biochem. Pharmacol.1970,19,2669-2671.

24) HENNE M.

Qu'est-ce qu'un alcoolique desintoxiqué ? Conceptions diverses.
Inform. Psychiat. Mars 1971,47,n°3, 245-250.

25) HUMBLET M.

Névrite retrobulbaire chronique par antabuse.
Bull. Soc. Belg. Oph.1953,104,297-301.

26) IANDOLO C.

Traitement moderne de l'alcoolisme.
Policlinico. (Sez. Prat.)5 Jan.1970,77,n°1,1-16

27) JACQUES D.

Etude de l'utilisation de l'implant de disulfiram dans une conception globale du traitement de la maladie alcoolique.
Thèse Med. Paris,1968-75 P.

28) JOULAIN.

Rechute après cure. Circonstances. Motivations. Rôle du médecin dans leur prévention.
Thèse Médecine, Paris,1967.

29) KELLAM A.M.P. WESOLKOWSKI J.M.

Disulfiram. Implantation for alcoolism.
Lancet.1968,1,925-926.

30) KOUPERNIK C.

Impuissance et cure de désintoxication.(consultation médico-chirurgicale) Concours Med.1963,85, 2553-2554

31) LEGER J.M., DAUDET G.

L'appétence à l'alcool et son traitement.
Ann. Médicopsychol.(Paris)1971,2,193-217

32) LEREBOULLET J.

Qu'est-ce que l'alcoolisme ? Ses aspects, ses causes
Rev. Prat. 1964, 14, 359-374.

33) LEREBOULLET J.

La désintoxication alcoolique. Le rôle respectif de l'Hôpital, du dispensaire et du médecin praticien
Rev. Prat.1964, 14, 449-460.

34) LEREBOULLET J.

L'alcoolisme maladie sociale. Rev. Prat. 1970, 20, 3-9.

35) LEREBOULLET J. LEDUC R.

Absorption et diffusion de l'alcool. Son dosage. La courbe d'alcoolémie. Rev. du Prat. 1964, 14, 377-386.

36) LERTORA A.C., PALEO M.J., PETTINA L; et SCHRODER E.

La valeur objective du réflexe conditionné anti-alcoolique.
Semana. Med. 25 Oct.1962, 69, n° 3713,1612-1613

37) LETAILLEUR M., MORIN J. DEMAY J.

Délire aigu au cours du traitement de l'alcoolisme par le disulfirame.
Ann. Médicopsycho. (Paris).1955, 1,409-413.

38) LEWKOWSKI W.

Traitement forcé et attitudes des alcooliques chroniques.
Med. et Hyg. 27 Mars 1963, 21, n° 588,277-279.

39) MAJ J., GRAWOOKA M., KWICK J.

The effect of disulfiram, diethyldithiocarbamate and dimethyldithiocarbamate ou serotonin and 5 hydroxy-indole-3- acetic acid brain levels in rath.
Biochem. Pharmacol.1970,19, 2517-2519.

40) MARTIN M.

Essai de correction de la fatigue dans la post-cure de désintoxication éthylique.
III ème congrès international de médecine psychosomatique. La fatigue.
Edpuard Privat. Edit. Toulouse.1967,138-140.

41) MARTIN M.

Fatigue et anxiété. Causes de rechutes des post-cures. de désintoxication éthylique.
Rev. Alcool. Janv. Mars 1970,16,n° 1,66-69

42) MOLINIER A., BOUAGNET G. et TCHOURUMOFF N.

Les manifestations cardiovasculaires au cours des épreuves de conditionnement dans la désintoxication éthylique.
Sem. Hop. Paris, 26 Mai 1966,42, n° 25,1562-1568

43) PARIENTE et Coll.

Le traitement de l'alcoolisme chronique et les pièges de la statistique.
Ann. Med. Psychol. Oct.1963, 121, n° 3, 377-396

44) PERRIN P.

De la perte de la liberté envers l'alcool " Perte de contrôle" " impossibilité de s'abstenir".
Rev. Alcool.1964,10,1-8.

45) REYSS-BRION R.

La cure de désintoxication : mythes et réalités.
Cah. Méd. Lyon.1963,39,643-651.

46) REYSS BRIONREYSS BRION M.P., VIGNAT J.P.C.

La post-cure médicale dans le traitement de la maladie alcoolique.
Monog. Cent. int. Alcool.1966.

47) REYSS BRION R., VIGNAT J.P.C.

Rôle du Médecin praticien dans le traitement et la prévention de l'alcoolisme.
Rev. Alcool. 1965,11,277-283.

48) SAUVAGET J.

La préparation à la cure d'Antabus par les injections Intramusculaires de méprobamate et éventuellement d'Halopéridol. A propos de 51 observations de désintoxications alcooliques.
Thèse Paris.1967.n° 427.

49) SFORM M. SANDU A. DIACIKOW S.

Méthode simple de désacoutumance de l'alcool.
Viata med. 15 Oct.1960,7, n° 14,1005-1007.

50) TARDIEU Y.

Conduite à tenir en face d'un alcoolique.
in : entretien de Bichat " Thérapeutique" Paris. Expansion scientifique française.1967,130-131.

51) TREMOLIERE

La métabolisation de l'alcool. L'alcool est-il un aliment ? Pathogénie des cirrhose et des pancréatites alcooliques.
Rev. Prat.1964,14,389-397

52) TRICE H.M., ROMAN P.P. BELASES J.A.

Sélection pour le traitement : évaluation des prévisions de succès du traitement de l'alcoolisme.
Internat. Méd. Dig. Mars 1970,86, n°3,136-137

53) TUSQUES J. GANEY C.

Les conseils du psychiatre au médecin praticien pour le traitement de l'alcoolisme.
Rev. Alcool. 1965, 11,284-292

54) VANET G et Al.

Implant de disulfiram. Aspect clinique et thérapeutique concernant 30 observations.
Abstract. in : Ann. Médicopsycho. (Paris).1969,2,282

55) VIDART L.

La cure de désintoxication alcoolique à l'Hôpital Ses possibilités, ses limites.
Vie Méd. 1960,41,1167-1176

56) Colloque Alcool et métabolisme. 14 Avril 1972

Vu, le Président de Thèse

Mr. le Professeur BERNIER

Vu, le Doyen de la Faculté
Lariboisière - Saint Louis

Mr. le Professeur FOURNIER

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET